

Министерство образования и науки Украины
Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина
Медицинский факультет
Кафедра внутренней медицины

О прогрессировании ишемической болезни сердца или нелюбовь к себе

Выполнила студентка 4-го курса: Редина И.В.
Научные руководители: асс. Рыбчинский С.В.,
зав.каф., д.м.н., проф. Яблучанский Н.И.

Ишемическая болезнь сердца

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) характеризуется развитием эпизодов ишемии, которые обусловлены дисбалансом между потребностями и кровоснабжением миокарда. Как правило, такие эпизоды провоцируются физическими или эмоциональными нагрузками или другими стрессовыми ситуациями, однако могут появляться спонтанно. Классическим проявлением ишемии миокарда являются приступы стенокардии.

Классификация ИБС (VI Национальный Конгресс кардиологов Украины, 2000)

1. Внезапная сердечная смерть.

2. Стенокардия.

2.1.1. Стабильная стенокардия напряжения (с указанием I-IV функционального класса по классификации Канадской ассоциации кардиологов), соответствует коду I20.8 по МКБ-10.

2.1.2. Стабильная стенокардия напряжения при ангиографически интактных сосудах (коронарный синдром X) (соответствует коду I20.8 по МКБ-10).

2.2. Вазоспастическая стенокардия (ангиоспастическая, спонтанная, вариантная, Принцметала) (соответствует коду I20.1 по МКБ-10).

3. Нестабильная стенокардия (соответствует коду I20.0 по МКБ-10).

3.1. Впервые возникшая стенокардия

3.2. Прогрессирующая стенокардия

3.3. Ранняя постинфарктная стенокардия

4. Острый инфаркт миокарда (ИМ).

5. Кардиосклероз.

Наш пациент

- ❖ Женщина, 61 год
- ❖ Житель города
- ❖ Должность: главный бухгалтер
- ❖ Дата поступления в стационар: 09/10/2017

Жалобы

- ❑ Боли сжимающего характера в левой половине грудной клетки и за грудиной, возникающие при подъеме на 1 этаж, длящиеся до 5 минут, купируются остановкой в течение 2 минут или приемом нитроглицерина;
- ❑ Одышка при ходьбе, при физических нагрузках, отсутствующая в покое. Ходьба без одышки по лестнице возможна до 2 этажа;
- ❑ Слабость;
- ❑ Снижение переносимости физических нагрузок;
- ❑ Отеки ног, возникающие к вечеру, до 1\3 голени.

Anamnesis morbi 1/2

- ❑ **2005** - гипертоническая болезнь. Максимальные цифры АД 220/120 мм рт.ст. (привычное 140/90мм.рт.ст.). Избыточная масса тела, ИМТ = 28 кг/м.
- ❑ **2006**— острое нарушение мозгового кровообращения, лечилась в к/о ЦКБ УЗ. В последующем лечилась в 2 н/о ЦКБ УЗ, последнее стационарное лечение в н/о ЦКБ УЗ в ноябре 2011 г. Назначен был липразид 10 мг утром, конкор 5 мг вечером, кардиомагнил 75 мг. Принимала препараты ситуационно.
- ❑ **Март 2012** — лечение в 1 к/о ЦКБ УЗ по поводу нестабильной стенокардии. После выписки нерегулярно принимала кардиомагнил 75 мг, вазар 80 мг.
- ❑ **Февраль 2016** — снижение толерантности к физическим нагрузкам, велоэргометрия в ЦКБ УЗ - ишемические изменения, коронаровентрикулография(КВГ) - многососудистое поражение коронарного русла: стенозы огибающей артерии и левой коронарной артерии до 85%.

Anamnesis morbi 2/2

- ❑ **Март 2016** – выполнена операция аортокоронарного шунтирования(АКШ) (3 шунта) в НИИ им. Амосова. Пароксизм фибрилляции предсердий(29.03.16). Принимала корвитол, вазар, клопидогрель. Клинически состояние улучшилось, приступы стенокардии беспокоили только при выраженных физических нагрузках.
- ❑ **Август 2017** – начали нарастать вышеописанные жалобы.

Anamnesis vitae

- Жилищные и санитарно-гигиенические условия: удовлетворительные.
- Производственные вредности: стресс, сидячая работа.
- Питание: нерегулярное, избыточное употребление жирной и соленой пищи.
- Перенесенные заболевания: острые респираторные заболевания, в детстве левосторонняя лицевая нейропатия, ОНМК в 2006, эрозивный гастрит 2016.
- Сахарный диабет, болезнь Боткина, вирусный гепатит, ВИЧ, туберкулез в анамнезе отрицает.
- Операции: холецистэктомия, АКШ-3 в 2016.
- Аллергии на лекарственные препараты, пищевые продукты не отмечает.
- Вредные привычки: курит, индекс пачка/лет = 12.
- Физическая активность: малоподвижный образ жизни.

Status praesens 1/2

- Общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.
- Рост – 166 см, вес – 86 кг, ИМТ = 31,2 кг/м (ожирение I степени).
- Кожные покровы бледные, имеются рубцы по передней поверхности грудной клетки, на левой голени, некоторая асимметрия лица, рубец на коже в эпигастрии.
- Периферические лимфоузлы не увеличены, округлой формы, эластичны, подвижны, не спаяны между собой и с окружающими тканями, безболезненны.
- Щитовидная железа- четко не пальпируется, безболезненная.
- Костно – мышечная система без особенностей.

Status praesens 2/2

- Дыхательная система: перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах.
- Сердечно-сосудистая система: границы сердца расширены влево. Деятельность сердца ритмичная. Тоны сердца приглушены. Акцент II тона над аортой. Пульс 64 в мин. АД 140/80 мм. рт. ст.
- Живот увеличен за счет жировой клетчатки, при пальпации безболезненный, мягкий.
- Печень у края реберной дуги безболезненна.
- Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.
- Физиологические оправления без особенностей.
- Отеки голеней отсутствуют.

План обследования

- Клинический анализ крови
- Клинический анализ мочи
- Биохимический анализ крови (глюкоза, гликозилированный гемоглобин, липидный спектр, билирубин, АлАт, АсАт, креатинин, калий, натрий)
- Гликированный гемоглобин
- Тиреотропный гормон(ТТГ)
- ЭКГ
- Холтеровское мониторирование ЭКГ
- Эхокардиография (ЭхоКГ)
- УЗИ органов брюшной полости и почек
- ВЭМ

Клинический анализ крови (10.10.17)

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕЗУЛЬТАТ	НОРМА
Гемоглобин	161 г/л	120-140 г/л
Эритроциты	5,2 Т/л	3,9 – 4,7 Т/л
СОЭ	4 мм/мин.	1-10 мм/час
Лейкоциты	6,6 Г/л	4,0 – 9,0 Г/л
Палочкоядерные	4 %	1,0 - 6,0 %
Сегментоядерные	59,1 %	47,0 – 72,0 %
Эозинофилы	3,2 %	0,5 – 5,0 %
Базофилы	1,0 %	0 - 1,0 %
Лимфоциты	30,1 %	19,0 – 37,0 %
Моноциты	6,4 %	3,0 – 11,0 %
Тромбоциты	337 Г/л	180 – 320 Г/л
Гематокрит	46,6 %	36 – 42 %

Гипергемоглобинэмия, эритроцитоз, тромбоцитоз, повышение гематокрита.

Клинический анализ мочи(12.10.17)

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕЗУЛЬТАТ	НОРМА
Количество	30 мл	
Цвет	Желтый	Светло - желтый
Прозрачность	Прозрачная	Прозрачная
Удельный вес	1,030	1,001 – 1,040
Реакция PH	5	5,0 – 7,0
Лейкоциты	1 – 3 в п/з	До 3 в п/з
Эритроциты	0 – 2 в п/з	До 2-3 в п/з
Белок	Не обнаружен	следы
Глюкоза	Не обнаружена	следы
Слизь	Нет	нет

Без особенностей

Биохимический анализ крови(10.10.17)

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕЗУЛЬТАТ	НОРМА
Билирубин общ.	11,7	8.6-25.5 мкмоль
АсАт	22,6	<31U/L
АлАт	35,4	<31U/L
Креатинин	58	53 – 97 мкмоль/л
Мочевина	5,8	2.8-7.2 ммоль/л
Глюкоза	6,1	4.2-6.1 ммоль/л

Коэффициент де Ритиса(соотношение АсАТ/АлАТ) = 0,64 (n=0,91-1,75)
Поражение печени?

Гликированный гемоглобин

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕЗУЛЬТАТ	НОРМА
Hb_{A1c}	6,28	4,8-5,9

Снижение толерантности к углеводам.

ТТГ

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕЗУЛЬТАТ	НОРМА
Тиреотропин (ТТГ - метод ELFA - энзим - связанный флюоресцентный анализ)	0,74 мк МЕ/мл	эутиреоз: 0,25-5 мк МЕ/мл гипертиреоз: <0,15 мк МЕ/мл гипотиреоз: >7 мк МЕ/мл

Эутиреоз

Липидный спектр(10.10.17)

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕЗУЛЬТАТ	НОРМА
ХОЛЕСТЕРИН ОБ.	6,05	≤ 5.2 ммоль/л
ХС ЛПОНП	0,76	< 1.0 ммоль/л
ХС ЛПНП	3,96	< 3.5 ммоль/л
ХС ЛПВП	1,32	≥ 0.9 ммоль/л
ТГ	1,70	< 1.7 ммоль/л
Коэф. атерогенности	3,5833	До 3.0 ммоль/л

Повышение общего холестерина, ЛПНП, коэффициента атерогенности.
Гиперлиппротеинемия IIa типа.

ЭКГ(09/10/17)



Ритм синусовый, правильный, ЧСС 72 уд/мин, отклонение ЭОС влево, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

Холтеровское мониторирование ЭКГ

Синусовый ритм в течение времени наблюдения с ЧСС от 58 до 110 уд/мин.

ЧСС днем средняя - 74, мах - 110;

ЧСС ночью средняя 73, мах - 87;

Циркадный индекс 102%(снижен, ригидный ритм).

Наджелудочковая и желудочковая эктопические активности в норме.

ЭхоКГ (12/10/2017)

ПОКАЗАТЕЛИ	РЕЗУЛЬТАТЫ	НОРМА
Диаметр аорты, мм	30,2	20-37
Левое предсердие, мм	28,7	До 38
КДД, мм	45,9	35-55
КСД, мм	26,9	23-38
ЗСЛЖ, мм	12,1	6-11
МЖПд, мм	11,7	6-11
Толщина передней стенки ЛЖ, мм	3,5	3-6
Фракция изгнания, %	56	55-75

Склеротические изменения стенок аорты, створок аортального и митрального клапанов. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Гипокинезия передне-перегородочно-верхушечного сегмента ЛЖ. Показатели сократимости миокарда и насосной функции ЛЖ сохранены.

Узи органов брюшной полости и почек(12/10/17)

- ☐ Диффузная гиперплазия щитовидной железы 2ст;
- ☐ Диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы без увеличения их размеров;
- ☐ УЗ-признаки склерозирующего холангита; состояние после холецистэктомии;
- ☐ Микрокалькулез почек.

Тест с физической нагрузкой (17/10/17)

ТРЕДМИЛ – тест сомнительный. Прекращен из-за гипертензивного ответа на нагрузку (повышение АД до 220/90 мм рт.ст.).
Толерантность к физической нагрузке 4.6 МЕТ.

Непроведенные исследования

- Глюкозотолерантный тест
- Анализ крови на наличие антител к вирусным гепатитам
- Рентгенография легких
- Спирометрия

Функциональные классы(ФК) стенокардии(канадское сердечно- сосудистое общество, 1974)

- 1 ФК. Больной хорошо переносит обычные физические нагрузки. Приступы стенокардии возникают только при нагрузках высокой интенсивности.
- 2 ФК. Небольшое ограничение обычной физической активности. Приступы стенокардии возникают при ходьбе по ровному месту на расстоянии более 500 м, при подъеме более чем на один этаж. Вероятность возникновения приступа стенокардии увеличивается при ходьбе в холодную погоду, против ветра, при эмоциональном возбуждении или первые часы после пробуждения.
- 3 ФК. Выраженное ограничение обычной физической активности. Приступы возникают при ходьбе в нормальном темпе по ровному месту на расстояние от 100 до 500 м и/или при подъеме на один этаж.
- 4 ФК. Стенокардия возникает при небольших физических нагрузках, ходьбе по ровному месту на расстоянии менее 100 м. Характерно возникновение приступов стенокардии в покое, обусловленных, как и приступы стенокардии напряжения, повышением метаболических потребностей миокарда (повышение АД, тахикардия, увеличение венозного притока к сердцу при переходе больного в горизонтальное положение).

Степени артериальной гипертензии

Категория	Систолическое		Диастолическое
Оптимальное	<120	и	<80
Нормальное	120–129	и/или	80–84
Высокое нормальное	130–139	и/или	85–89
АГ 1 степени	140–159	и/или	90–99
АГ 2 степени	160–179	и/или	100–109
АГ 3 степени	≥180	и/или	≥110
Изолированная систолическая АГ	≥140	и	<90

Стадии гипертонической болезни

I Нет объективных изменений со стороны органов- мишеней.

II Наличие одного из признаков:

- гипертрофия ЛЖ(по данным ЭКГ, УЗИ)
- протеинурия и/или повышение уровня креатинина (1,2-2,0 мг/л)
- поражение артерий сетчатки
- наличие атеросклеротических бляшек в аорте, в сонной, подвздошной и бедренной артериях (по данным УЗИ).

III ПРИЗНАКИ:

- сердце- **стенокардия**, инфаркт миокарда, **сердечная недостаточность**
- головной мозг- **ОНМК**, транзиторная ишемическая атака, острая гипертензивная энцефалопатия, хроническая гипертензивная энцефалопатия III стадии, сосудистая деменция
- глазное дно- кровоизлияния и экссудаты в сетчатке с отёком диска зрительного нерва или без него
- концентрация креатинина в плазме $> 2,0$ мг/л (>177 мкмоль/л), почечная недостаточность.

Сердечная недостаточность, классификация по

В. Х. Василенко, Н. Д. Стражеско

Выделяют следующие клинические стадии: СН-I, СН-IIА, СН-IIБ, СН-III.

I стадия. Скрытая недостаточность кровообращения, проявляется только при физической нагрузке (одышка, тахикардия, утомление, отеки). В покое гемодинамика и функции органов не нарушены. Трудоспособность снижена.

II стадия. Длительная недостаточность к/о, нарушения гемодинамики (застой в малом и/или большом круге кровообращения), нарушения функции органов в покое, трудоспособность ограничена.

II а стадия. Признаки определяются по одному кругу кровообращения.

Застойные явления выражены слабо, появляются после нагрузки, исчезают после ночного отдыха.

II б стадия. Бивентрикулярная недостаточность. Застойные явления выражены, не исчезают после отдыха.

III стадия. Тяжелые нарушения гемодинамики, стойкие изменения функций всех органов, необратимые изменения структуры тканей и органов, потеря трудоспособности.

Клинический диагноз

ИБС: стабильная стенокардия напряжения, ФК III.

Атеросклероз коронарных артерий(КВГ 10.03.16). АКШ 3 (16.03.16). Пароксизм фибрилляции предсердий(29.03.16).

Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени. Неосложненный гипертонический криз(2005,2006). СН I ст. с сохраненной систолической ФВ ЛЖ, NYHA II. Высокий риск.

Сопутствующий: Диффузный зоб 2 ст. Эутиреоз. Ожирение I ст. Снижение толерантности к углеводам. Гиперлиппротеинемия IIa типа. Эрозивный гастрит, ст. ремиссии.

Рекомендуемое лечение

❑ Модификация образа жизни:

- соблюдение гиполипидемической диеты
- добавить рыбий жир или жирную морскую рыбу в рацион питания
- регулярная физическая активность - прогулки ежедневно (3-5 км за 6-10 приемов* со скоростью не ниже 4 км\ч** или в темпе, при котором будет трудно говорить)
- ограничение суточного потребления соли до 5 г. в сутки

❑ Медикаментозное лечение:

Постоянный прием:

- Клопидогрель 75 мг вечером
- Валсартан + гидрохлортиазид 80/12,5 мг*2 р/д
- Метопролол 12,5 мг *2 р/д под контролем АД, ЧСС
- Нольпаза 20 мг *2 р/д
- Розувастатин 20 мг на ночь

По требованию:

- Нитроглицерин 1 т. под язык

❑ Консультация гематолога для постановки диагноза полицитемия.

*Реабилитация больных кардиологического профиля. Минск 2010

**Dr Stephanie Studenski of the University of Pittsburgh. Journal of the American Medical Association

Выводы

На примере данного клинического случая хорошо видна стадийность развития ИБС. Каждую последующую стадию можно предотвратить, если своевременно модифицировать образ жизни (придерживаться диеты, отказаться от вредных привычек).

Без любви к себе ни один врач, ни одно лекарство или операция не смогут предотвратить прогрессирование любого заболевания.

СПАСИБО
ЗА ВНИМАНИЕ!